

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1922-1923 - N° 120

---

# Les Ulcérations Hérédo-Syphilitiques des Paupières

---



## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Louis MAGNIER**

*Né à Etreillers (Aisne), le 27 Juin 1896*



LYON

IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ

9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

—  
Juin 1923



LES ULCÉRATIONS  
HÉRÉDO-SYPHILITIQUES  
DES PAUPIÈRES

---

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Doyen honoraire. | M. HUGOUNENQ  |
| Doyen            | MM. J. LÉPINE |
| Assesseur        | ROQUE         |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

## PROFESSEURS

|                                                      |                |
|------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales                                  | MM. TEISSIER   |
|                                                      | ROQUE          |
|                                                      | BARD           |
| Cliniques chirurgicales                              | TIXIER         |
|                                                      | BÉRARD         |
| Clinique obstétricale et Accouchements.              | COMMANDEUR     |
| Clinique ophtalmologique                             | ROLLET         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.     | NICOLAS        |
| Clinique neurologique et psychiatrique               | LÉPINE (J.)    |
| Clinique des maladies des enfants                    | WEILL          |
| Clinique des maladies des femmes                     | POLLOSSON (A.) |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie                    | LANNOIS        |
| Clinique des Maladies des voies urinaires            | ROCHET         |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie       | NOVÉ-JOSSERAND |
| Physique biologie, Radiologie et Physiothérapie      | CLUZET         |
| Chimie biologique et médicale                        | HUGOUNENQ      |
| Chimie organique et Toxicologie                      | MOREL          |
| Matière médicale et Botanique                        | BRETIN         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.        | GUIART         |
| Anatomie                                             | LATARJET       |
| Histologie                                           | POLICARD       |
| Physiologie                                          | DOYON          |
| Pathologie interne                                   | COLLET         |
| Pathologie et Thérapeutique générales                | MOURIQUAND     |
| Anatomie Pathologique                                | PAVIOT         |
| Chirurgie opératoire                                 | VILLARD        |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie. | ARLOING (F.)   |
| Médecine légale                                      | ETIENNE MARTIN |
| Hygiène                                              | COURMONT (P.)  |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie            | PIC            |
| Pharmacologie                                        | MOREAU         |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                      |                               |          |
|----------------------|-------------------------------|----------|
| Chargé d'un cours de | Pathologie externe.           | VALLAS   |
| —                    | Propédeutique de gynécologie. | CONDAMIN |
| —                    | Chimie minérale               | BARRAL   |
| —                    | Urologie.                     | GAYET    |

## CHARGÉS DES COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                |           |
|------------------------------------------------|-----------|
| Anatomie topographique                         | PATEL     |
| Embryologie                                    | GRAVIER   |
| Orthopédie                                     | LAROVENNE |
| Puériculture et Hygiène de la première enfance | CHATIN    |
| Stomatologie                                   | TELLIER   |

## AGRÉGÉS

| MM.             | MM.               | MM.           | MM.                         |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------------|
| NOGIER          | SAVY              | TRILLAT       | FAVRE                       |
| LERICHE         | FROMENT           | SARVONAT      | BONNET                      |
| THÉVENOT (LÉON) | THÉVENOT (LUCIEN) | FLORENCE (G.) | NOEL, chargé des fonctions. |
| TAVERNIER       | PIÉRY             | ROCHAIX       |                             |
| CADE            | COTTE             | CORDIER       |                             |
| GARIN           | DUROUX            | ROUBIER       |                             |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; NICOLAS, Assesseur ;  
MM. LERICHE et ROUBIER, Agrégés

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1922-1923 - N° 120

---

# Les Ulcérations Hérédo-Syphilitiques des Paupières



**THESE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Louis MAGNIER**

*Né à Etreillers (Aisne), le 27 Juin 1896*



LYON  
IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ  
9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

—  
Juin 1923



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Faible témoignage de profonde affection  
et de reconnaissance infinie.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES

Médecins Auxiliaires et Sous-Aide Majors  
Morts pour la France.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré ce travail, nous a soutenu tout au long de l'effort fourni et nous a guidé de ses conseils. Qu'il retrouve ici l'expression de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALAS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BENON

En reconnaissance des enseignements qu'ils nous donnèrent de si affectueuse façon au cours de notre séjour à l'Hôpital Militaire Baur, à Nantes, en 1915.

A MES MAITRES DES FACULTES

de Lille et Lyon.

A MES JUGES

## CHAPITRE PREMIER

---

### INTRODUCTION

---

« C'est un fait commun, a dit A. Fournier, que la syphilis héréditaire se traduise d'une façon plus ou moins tardive par des lésions intéressant la peau. » Cette règle, maintenant admise sans discussion, avait besoin, en 1886, d'être énoncée et affirmée par l'autorité d'un si grand nom en syphiligraphie, pour s'imposer à l'esprit des médecins, et depuis cette date nous n'avons pas vu renaître les discussions si nombreuses qui s'étaient déroulées au sujet même de l'existence de la syphilis héréditaire tardive. Aussi actuellement, ce diagnostic est-il tout naturellement posé en présence d'ulcérations de certaines régions, particulièrement du nez, la cavité bucco-pharyngée, la face antérieure de la jambe. Il est cependant certains cas où l'attention du médecin paraît être détournée de cette hypothèse tant par le siège des lésions que par l'aspect un peu particulier qu'elles y revêtent, je veux dire la région des paupières.

Et si l'on étudie la littérature médicale, en y cherchant les observations de syphilis héréditaire des paupières, on est frappé de voir combien elle en est pauvre ; et on est tout naturellement amené à se deman-

der si cette pénurie ne provient pas du fait que, la plupart du temps, le diagnostic de ces lésions n'est pas porté et qu'elles restent méconnues ; en présence de lésions cutanées douteuses des paupières, le médecin, le plus souvent, pense à la tuberculose et oriente son examen de ce côté ; il ne formule même pas l'hypothèse de spécificité et ne recherche pas des antécédents ou des stigmates qui viendraient confirmer son diagnostic de façon absolue ; il passe ainsi à côté de diagnostics, pourtant quelquefois faciles, et ceci est un élément qui contribue à fausser les statistiques pour une part que je crois considérable dans le cas qui nous occupe ; les cas de syphilis héréditaire des paupières ne sont pas très rares, disons plutôt que le diagnostic en est rarement fait.

Je pense, cependant, qu'il ne me sera pas nécessaire d'insister longuement sur l'importance que peut avoir en la matière un diagnostic, surtout s'il est précoce ; le simple fait, d'abord, d'avoir découvert une spécificité, ignorée ou méconnue, éclairé d'un jour nouveau toute la pathologie du malade et ouvre les yeux du médecin, lui faisant immédiatement comprendre la source de quantités d'accidents, atypiques parfois, mais qu'un traitement énergique fera disparaître rapidement : c'est l'intérêt général du diagnostic de syphilis chez un malade.

Dans le cas particulier qui nous occupe, un diagnostic précoce est important : en outre qu'il évitera de longues pertes de temps, des souffrances inutiles, il permettra de juguler rapidement le mal, d'enrayer ses progrès et de le guérir, car nous possédons, contre

*ces accidents, d'excellentes médications qui, maniées avec habileté, auront vite fait de rendre au malade santé et joie. Et aux paupières, il importe d'aller vite, car, outre que leurs lésions, comme toutes celles du visage, risquent de marquer leur triste propriétaire de cicatrices inesthétiques, par leur siège aux paupières, ces voiles délicats, si sensibles aux rétractions cicatricielles, elles auront tôt fait de défigurer complètement le malade, en déformant ces organes si importants dans le jeu de la physionomie.*

*« Le praticien, a dit Trousseau, qui aura dépisté la diathèse, mis le doigt sur ses méfaits, sera largement payé de ses peines, lorsque, grâce à un diagnostic précis, il conservera la vie à son client » ; dans l'occurrence, la vie du malade n'est pas en cause, mais il n'en reste pas moins vrai que de tels accidents peuvent arriver, sinon à rendre la vie insupportable, tout au moins à constituer de véritables infirmités. A ce titre, ils ont droit à tous les soins et à toute la sollicitude du médecin et c'est pourquoi nous avons cru bon d'attirer l'attention sur ce sujet.*

*L'occasion nous en a été fournie par deux observations caractéristiques, recueillies dans le Service de M. le Professeur ROLLET, à la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, mais nous voulons d'abord dire quelques mots de l'historique de cette question et de l'état dans lequel nous la trouvons actuellement.*

---

## CHAPITRE II

---

### HISTORIQUE

---

Les auteurs anciens semblent être partisans de l'hérédité tardive dans la syphilis ; mais de combien peu de poids nous semble leur avis, si l'on songe qu'alors la plus grande confusion régnait entre la blennorrhagie, le chancre mou et le chancre induré.

Officiellement, le premier, devant l'Académie de Médecine, en 1853, contre Depaul et Devergie, RICORD soutint l'existence de l'hérédité tardive. En 1857, HUTCHINSON nous donne son premier mémoire, qui rend indubitable l'existence de la syphilis héréditaire tardive ; le célèbre auteur anglais insistait sur un certain nombre de caractères, particuliers à cette forme de syphilis, et surtout sur la prédilection qu'elle affecte pour les organes des sens, le voile du palais et la région tibiale.

DIDAY, trois ans plus tard, retrouva sur une petite fille de 10 ans, dont il avait soigné le père pour une syphilis non douteuse, les stigmates décrits par Hutchinson ; cette fillette avait présenté une kératite interstitielle longtemps rebelle et souffrait encore d'une perforation du voile du palais déterminant des troubles de la déglutition et de la phonation.

L'année 1865, à l'occasion d'un cas présenté par Hérard, voit les membres de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris se partager en deux camps : d'une part, Hérard, Guibout, Fournier, penchant pour la nature syphilitique; de l'autre, Lailler soutenant la scrofule ; éternelle discussion qui devait maintes fois se renouveler !

La même année, LANCEREAUX, dans son traité de la syphilis, consacre un chapitre à ce qu'il appelle la syphilis héréditaire des adultes ; il apporte à l'actif de l'hérédité tardive, plusieurs observations remarquables de Bertin, Rosen, Cazenave, Trousseau, Ricord. Bien que ces faits soient, pour la plupart, passibles de deux objections, à savoir : 1° l'absence de renseignements précis sur la santé des parents; 2° le défaut de certitude touchant l'existence possible d'une syphilis acquise, Lancereaux ajoute, qu'à son avis, ces manifestations ne sont pas contestables.

En 1865 toujours, A. Fournier parle de deux malades, l'un âgé de 18 ans, l'autre de 25, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien d'aucune sorte et présentant l'un et l'autre une tumeur gommeuse du voile du palais.

En 1872 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, les Mémoires de C. Paul, d'Isambert, de Libermann, les observations citées dans la thèse de Fontaine et par Desnos, réveillent la question de la nature des lésions naso-pharyngiennes graves.

En 1875, deux thèses soutenues presque simultanément devant la Faculté de Médecine de Paris s'adressent aux mêmes lésions, à savoir les affections

ulcéreuses graves de la région naso-pharyngienne ; l'une, écrite par Chaboud, et inspirée par HORAND, chirurgien de l'Antiquaille à Lyon, concluait à la syphilis héréditaire comme pathogénie d'un certain nombre de cas de ce genre ; l'autre, soutenue par Homolle, inspirée par LAILLER, concluait à la scrofule comme cause unique de cette affection. Ces deux thèses résument les idées et les tendances d'observateurs considérant les mêmes faits, à la même époque, mais concluant de façon différente.

AUGAGNEUR, en 1879, présente devant la Faculté de Lyon une thèse où se trouvent réunies quatre-vingts observations de syphilis héréditaire tardive.

En Angleterre, cette notion paraît rencontrer moins d'adversaires que chez nous ; en Allemagne, elle a de nombreux défenseurs : Schwimmer, Lewin, Hirschberg.

Enfin, l'année 1886 voit paraître le travail imposant du Professeur FOURNIER : son autorité indiscutée en matière de syphiligraphie donnait à l'œuvre une valeur considérable ; venue à son heure, elle comblait une véritable lacune et clôturait définitivement les si nombreuses discussions épuisées jusqu'alors. Elle établit d'une façon formelle et indiscutable l'existence de ces manifestations tardives de la syphilis héréditaire, elle en décrit les formes, en indique le pronostic et le traitement.

On voit combien de temps cette notion, aujourd'hui banale, a mis pour s'imposer aux esprits et quelle résistance lui ont opposée certains médecins, et non des moindres ; c'est que, dans ces lésions tardives,

leur caractère même de retard fait qu'ordinairement on a perdu de vue la spécificité, origine du mal, et que, même si l'on y songeait, on avait peine à attribuer à une infection qu'on croyait éteinte, des accidents parfois très graves ; d'autre part, les caractères objectifs de ces lésions mêmes, nous le verrons plus loin, fournissent des arguments aux défenseurs de la scrofule et rien ne ressemble plus à une gomme ulcérée qu'une ulcération tuberculeuse. Ajoutons à cela le caractère particulier et inhabituel constitué par le siège de ces lésions en certaines régions, j'ai nommé les paupières, et nous comprendrons facilement pourquoi les cas de lésions ulcéreuses hérédosyphilitiques des paupières sont si rares ; nous en possédons deux inédits, observés dans le service d'ophtalmologie de M. le Professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; nos recherches, dans la littérature médicale, ne nous en ont fait découvrir que trois autres ; nous allons tâcher de les étudier, en tirant du maigre ensemble de ces cinq observations, les renseignements qui peuvent nous être fournis aussi bien au sujet de leur histoire et de leur diagnostic, qu'au sujet, tout aussi important, de leur traitement.

---

### CHAPITRE III

---

## ETIOLOGIE

---

Les gommes hérédo-syphilitiques des paupières paraissent, jusqu'ici, entrer, pour une proportion très faible, dans la statistique des manifestations gommeuses cutanées de la syphilis héréditaire. De plus, il faut remarquer que les accidents cutanés, en général, sont, parmi les manifestations héréditaires infiniment moins fréquentes que les troubles dystrophiques variés qu'Hutchinson a si bien décrits. Il faut chercher l'explication de cette prédominance de certaines manifestations en ce fait qu'un nombre immense d'enfants, entachés d'hérédo-syphilis, succombent peu après la naissance ou au cours de la première année, de sorte que le champ d'évolution des spécificités héréditaires se trouve très vite considérablement restreint ; d'autre part, elles ont, à côté des gommes, quantité de modalités pour se manifester, que, d'ailleurs, elles paraissent préférer de beaucoup, les iritis et les kératites, par exemple.

*Quel est leur mode d'apparition ?* — Si nous examinons nos observations à ce point de vue, nous trouvons que ces lésions des paupières apparaissent parfois (Observation I) comme première manifestation

d'une spécificité inconnue, sans qu'aucun antécédent, ni du côté des parents, ni du côté de la malade, pas plus d'ailleurs qu'aucune dystrophie suspecte, puisse orienter le diagnostic dans cette voie. Et c'est spécialement en cette circonstance qu'il convient d'avoir l'esprit en éveil et de penser à en faire le diagnostic pour instituer le traitement de la diathèse qui vient de se révéler.

Dans les Observations II et IV, au contraire, les lésions des paupières avaient été précédées d'accidents dont la nature ne paraissait pas douteuse et qui ont immédiatement orienté les recherches et la thérapeutique ; en ces cas, le mérite du diagnostic est moindre, mais encore faut-il savoir que de telles lésions existent, que des cas en ont été observés et publiés, sinon le médecin se laissera égarer dans des diagnostics erronés de bacillose, qui l'amèneront à des thérapeutiques parfois dangereuses.

*Le rôle du traumatisme ?* — L'une de nos malades, celle de l'Observation I, invoque l'anamnèse d'un choc reçu ; mais il faut, en l'occurrence, comme dans tous les cas de ce genre, savoir faire de larges réserves et se rappeler combien l'esprit populaire est porté à vouloir sacrifier à une logique qui lui paraît absolue, en rapportant une lésion à une cause ou à un traumatisme extérieur ; pour arriver à ce but, le malade interprètera tout ce qui pourra paraître y contribuer. Remarquons, d'autre part, que pour nos quatre premières malades, tout au moins, nous avons affaire à des enfants de huit à quatorze ans ; à cet âge, les heurts, les chutes, les horions même sont fréquents,

et le traumatisme, monnaie courante, est devenu quelque chose de presque physiologique, et il est difficile de délimiter le rôle qu'il a pu jouer dans l'étiologie des lésions qui nous occupent.

Il faut cependant se rappeler qu'il existe des observations de gommès, ayant évolué consécutivement à des traumatismes ou à des interventions chirurgicales (1), ce qui prouve simplement que rien n'est démontré en la matière à l'heure actuelle et qu'on ne peut établir de règle générale.

Je ne m'étendrai pas ici sur le *rôle du sexe* ; sur nos cinq observations, quatre se rapportent à des fillettes : faut-il voir là une simple coïncidence ? Je le pense et je ne crois pas qu'on puisse tirer d'indications d'un champ d'observation aussi restreint, bien que nombre d'auteurs aient insisté sur la prédilection pour le sexe féminin de certains accidents hérédo-syphilitiques, comme la kératite interstitielle.

---

(1) LOHÉAC : *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1897. —  
ETIENNE et GANZINOTTI : *Gazette hebdo. de méd. et chir.*, 1<sup>er</sup> septembre 1894.

## CHAPITRE IV

---

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Nous serons très brefs sur l'anatomie pathologique des gommés hérédosyphilitiques : la localisation palpébrale de ces lésions ne modifie, en effet, en rien leurs caractères généraux et les quelques mots que nous en dirons ont surtout pour but d'éviter une lacune dans notre modeste travail.

L'affection naît, le plus souvent, dans le tissu cellulaire sous-cutané, par une infiltration de cellules rondes embryonnaires. Cet amas de cellules, dont les limites peu nettes se confondent avec le tissu ambiant, soulève, au début, la peau. Cette dernière ne reste pas longtemps intacte et le derme ne tarde pas à être envahi à son tour. Le foyer s'étend alors rapidement et, à son centre, des éléments du tissu cellulaire préexistant disparaissent bientôt sous l'envahissement des cellules embryonnaires. Les vaisseaux voisins s'entourent d'épais manchons, formés par ces mêmes cellules, les cellules endothéliales tombent et on observe toutes les lésions de l'endartérite oblitérante. Quand l'oblitération vasculaire est complète, l'infiltration gommeuse passe à la phase de ramollissement. Le centre, qui ne reçoit plus de liquide nutritif,

se nécrose et l'on observe tous les stades de dégénérescence granulo-graisseuse des cellules de nouvelle formation. Sous l'influence de l'infiltration du chorion, l'épiderme, à son tour, se nécrose et meurt. Dès lors, l'ulcération est constituée et les portions dégénérées ne tardent pas à s'éliminer.

Il reste alors une cavité dont les parois produisent un suintement séreux et la phase de réparation succède à la phase d'élimination. Sur tout le pourtour des parois de la cavité, se développent des bourgeons charnus, dont les cellules jeunes vont combler la perte de substance. Malheureusement, ces cellules jeunes, en devenant adultes, se transforment en tissu inodulaire, et l'endroit où siégeait la gomme est à jamais marqué par une cicatrice blanche et déprimée.

En somme, l'anatomie pathologique des lésions que nous étudions ne diffère nullement des infiltrations gommeuses que l'on observe au niveau des autres parties du tégument externe ; leur évolution peut pourtant être modifiée par l'envahissement précoce ou secondaire, circonscrit ou diffus, du cartilage tarse ; nous n'en avons point d'observation, mais nous pouvons facilement nous représenter ce qui se passe, par l'étude de gommes syphilitiques tertiaires ; or, nous voyons que quand celles-ci attaquent le tarse, nous avons encore sous les yeux le même processus histologique d'infiltration scléro-gommeuse, puis de ramollissement.

---

## CHAPITRE V

---

### OBSERVATIONS

---

#### OBSERVATION I (Personnelle)

*(Recueillie dans le service de M. le Professeur ROLLET)*

#### **Ulcération hérédo-syphilitique de la paupière supérieure gauche**

Aub... Marie, âgée de 11 ans, entrée à la Clinique ophtalmologique, dans le service de M. le Professeur Rollet, le 23 janvier 1923.

On ne trouve rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires : son père est mort après avoir présenté des accidents d'intoxication par les gaz asphyxiants, pendant la guerre. Sa mère, bien portante habituellement, s'est mariée à 26 ans ; elle a eu six grossesses et nie toute spécificité ; néanmoins, deux de ses enfants sont morts en bas âge, d'affection indéterminée ; les cinq autres sont vivants et en bonne santé et n'ont jamais présenté d'accidents de nature suspecte.

La malade est née de la quatrième grossesse ; elle a présenté, dans l'enfance, une bronchite, mais pas d'autre maladie.

L'affection actuelle a débuté il y a cinq ans environ ; après un traumatisme, aux dires de la malade, il s'est formé, en dehors et au-dessus de la queue du sourcil gauche, une petite tumeur indolore, enchâssée dans la peau, et du volume d'un pois. Sans aucune réaction locale, ni douleur, ni rougeur, ni chaleur, et aucune réaction générale, cette petite tumeur grossit jusqu'à atteindre le volume d'une noix, et devint molle et fluctuante. La peau ne tarda pas à adhérer et à rougir ; elle s'ulcéra et la tumeur vida un contenu tourbillonneux.

Peu à peu, l'ulcération s'agrandit, s'étendant à la fois vers la joue et la région supéro-externe de la paupière. C'est en cet

état qu'elle fut envoyée à la Charité, où un traitement local avec une solution de protargol, du 3 décembre 1922 au 22 janvier 1923, n'apporta aucune amélioration.

*A l'entrée dans le service*, on note une vaste ulcération de la largeur de la moitié de la paume de la main, de forme triangulaire et à bords nettement polycycliques. En haut, au siège du nodule primitif, on observe une cicatrice rosée, la peau est même brillante, très vascularisée, déprimée et peu mobile sur les plans profonds. En bas, au contraire, attei-



1. — AUB... Marie, le 23 janvier.

gnant le bord supérieur de l'arcade zygomatique, et en dedans, empiétant sur la moitié externe du sourcil et de la paupière supérieure, l'ulcère a progressé et présente l'aspect typique d'une ulcération du type gommeux, à savoir, ulcère nettement entaillé au sein de tissus durs et manifestement infiltrés, encadrés d'une auréole d'un rouge sombre ; bords nettement taillés à pic et à disposition en demi-anneau ; fond qui, après détersion d'épaisses croûtes jaunâtres qui le recouvrent, se montre inégal, semé de dépressions et de ravins ; ajoutons l'évolution torpide et insidieuse, sans aucune douleur et l'absence de toute réaction ganglionnaire.

Devant pareille symptomatologie, nous avons procédé à

un examen minutieux pour dépister les stigmates d'hérédosyphilis : à part quelques implantations dentaires vicieuses, sans dent d'Hutchinson vraie, nous n'avons trouvé aucune altération du côté de l'ouïe ou du système ostéo-articulaire.

*Quel diagnostic poser ?* Nous avons éliminé les lésions lupiques, en raison des caractères objectifs de la lésion ; nous avons pensé à des affections cutanées, telles que l'actinomyose ou la sporotrichose ; mais l'examen bactériologique de l'exudat s'est montré négatif.



2.— AUB... Marie, le 2 février.

Nous avons donc soumis la malade à un traitement d'épreuve, pierre de touche : les absorptions quotidiennes de trois grammes d'iodure de potassium pendant dix jours ont amené la cicatrisation totale de la vaste ulcération. Le 10 février, il ne persiste plus qu'un vaste placard de teinte rouge sombre sans ulcération et en voie de résolution. La moitié du sourcil a disparu, mais la paupière n'a heureusement pas été détruite et l'occlusion palpébrale est actuellement normale.

En résumé, il s'agit bien, en l'espèce, d'une manifestation cutanée de la syphilis héréditaire tardive. Ces lésions sont du type tertiaire, c'est-à-dire profondes, néoplasiques, destructives et sont heureusement influencées par le traitement à l'iodure de potassium,

## OBSERVATION II

(Clinique de M. le Professeur ROLLET (1))

### **Gomme cutanée palpébrale syphilitique héréditaire**

D... Marie-J., âgée de 9 ans, entre à la clinique le 23 mai 1913 ; elle se présente avec une vaste ulcération de la paupière supérieure de l'œil gauche ; cette ulcération est recouverte d'une croûte ; la paupière est œdématisée et on note la présence d'un volumineux ganglion pré-auriculaire du même côté. Cette ulcération, débarrassée de la croûte, siège sur la



3. — D... Marie-J...

partie interne de la paupière ; elle a l'étendue d'une pièce de deux francs ; elle est profonde, ses bords sont taillés à pic et décollés, elle ne présente aucune induration ; la peau du voisinage est légèrement œdématisée et rouge.

L'affection a débuté il y a un mois par une petite tumeur indolore qui s'est ulcérée une huitaine de jours après. L'œil est intact, les conjonctives sont normales sans aucune hypérémie ; dans la région pré-auriculaire, on remarque un ganglion très volumineux ; à son niveau la peau est intacte ; ce

---

(1) Malade présentée à la Société d'Ophtalmologie de Lyon le 13 juin 1913 par MM. Rollet et Genet.

ganglion n'est pas le début d'une chaîne, il est isolé. Des deux côtés de la mâchoire on note encore deux petits ganglions insignifiants ; sur la face, au niveau de l'aile droite du nez, on remarque tout un arc de cicatrices de lésions anciennes ayant intéressé le derme. Au niveau du tibia droit, on peut voir sur la diaphyse, sur le troisième quart de la longueur du tibia à partir du genou, une vaste cicatrice ostéo-cutanée, vestige d'anciennes lésions probablement imputables à la syphilis héréditaire. Un peu de dystrophie dentaire, mais pas de vraie dent d'Hutchinson.

L'interrogatoire des parents ne permet pas d'arriver à la certitude absolue de syphilis chez eux, mais l'existence d'iritis chez le père et de fausses couches chez la mère permettent néanmoins de soupçonner la spirochétose.

La lésion palpébrale de cette enfant nous a quelque peu embarrassés en raison de ce volumineux ganglion préauriculaire. L'existence de lésions osseuses franchement diaphysaires qui ont guéri sans aucune intervention et sans aucun traitement médical, nous a conduits à considérer cette ulcération comme syphilitique et nous avons institué chez cette malade un traitement mixte. Elle a été soumise à des frictions mercurielles à la dose de 1 gramme par jour ; elle a pris en outre deux grammes d'iodure de potassium, dose qu'elle a très bien supportée ; aussi avons-nous porté cette dose successivement à trois, puis à quatre grammes sans aucune intolérance. Sous l'influence de cette médication, la lésion palpébrale s'est améliorée avec une telle rapidité que nous avons vu là une confirmation de notre diagnostic un peu hésitant de gomme syphilitique de la paupière chez une enfant.

---

### OBSERVATION III

(De Lapersonne)

#### **Blépharite ulcéro-gommeuse hérédo-syphilitique**

Enfant de huit ans, atteinte d'une blépharite gommeuse constituée par une série d'ulcérations du bord palpébral réunies ensuite en une seule plaie à fond fongueux et saignant

facilement, à bords festonnés, à base indurée et violacée. L'enfant avait été traitée pendant deux mois environ pour une blépharite scrofuleuse. Certains antécédents du père mirent sur la voie de la syphilis héréditaire. L'inoculation dans la chambre antérieure du lapin était restée négative.

Le traitement mixte institué, la guérison fut rapidement obtenue. Quelques jours après, l'enfant se présente avec une belle plaque d'echtyma syphilitique de la paupière qui vient donner une confirmation nouvelle au diagnostic.

---

#### OBSERVATION IV

(De Lapersonne)

##### **Gomme hérédo-syphilitique de l'angle interne de l'œil**

Jeune fille de 14 ans, présentant vers l'angle interne de l'œil une tumeur allongée à petite extrémité supérieure, remontant vers l'angle interne de l'orbite. A sa surface, peau rouge, offrant une certaine adhérence avec les parties profondes. Pression non douloureuse. Pas de larmolement abondant, pas de sécheresse de la narine. La mère a eu six grossesses normales et deux fausses couches. Aucune trace de syphilis ; elle dit que son mari n'a jamais été malade. L'enfant a présenté, il y a deux ans, une large ulcération à la partie supérieure de la jambe droite, ulcération traitée comme une affection scrofuleuse.

Enfant grande, bien conformée. Quelques stries transversales sur les incisives supérieures. Au sommet droit un peu de submatité. Traitement : cataplasme de fécule et huile de foie de morue ; au bout de peu de temps, fluctuation ; large incision dans le sens du sillon palpébral : il ne s'écoule que quelques gouttes de pus. Bientôt, on voit les bords de l'ulcération se déjeter : on constate un ulcère à fond grisâtre, bords rouges, reposant sur une large base indurée. On pratique les inoculations dans la chambre intérieure d'un lapin et le péritoine de deux cobayes : toutes deux sont négatives. Immédiatement, traitement énergique : iodure de potassium

rapidement porté à quatre grammes par jour et frictions mercurielles.

Le père de la malade vint me trouver et j'appris qu'à l'âge de vingt ans il eut une ulcération de la verge qui dura quinze jours à peine, sans traitement. A l'âge de quarante ans, croûtes dans les cheveux, traités par l'iode. Pas de cicatrices sur le corps. — Au bout de trois semaines, l'ulcération est réduite de moitié, l'induration a diminué sensiblement, l'ulcération se déterge rapidement. Deux mois après, cicatrisation complète. Des graves désordres qui ont existé, il ne reste plus qu'une cicatrice à peine visible et sans adhérences profondes.

---

#### OBSERVATION V

(*Cabannes et Lafont*) (1)

#### **Ulcérations hérédo-syphilitiques de la paupière inférieure**

Cette malade est entrée à la clinique ophtalmologique du Professeur Badal pour des ulcérations de la paupière inférieure droite ; elle est âgée de vingt ans et se livre, depuis l'âge de treize ans et demi, à la prostitution clandestine ou officielle ; elle a l'apparence d'une bonne santé. — Son père est un alcoolique invétéré et sa mère est morte d'une affection aiguë du poumon ; elle a eu huit frères et sœurs : quatre sont actuellement vivants et en bonne santé : une de ses sœurs, cependant, présente des lésions probablement tuberculeuses de la jambe ; les autres quatre sont morts en bas âge.

Elle a eu une enfance malade : il nous faut mentionner des adénopathies cervicales vers l'âge de huit ans ; les ganglions suppurèrent et durent être incisés. A dix ans, elle a eu une kératite interstitielle surtout accentuée à droite : actuellement la cornée droite présente un trouble diffus et profond qui est la signature de cette affection ; vers la même époque,

---

(1) Malade présentée à la *Société d'Anatomie de Bordeaux*, le 17 octobre 1904.

elle souffrit d'amygdalite chronique et de végétations adénoïdes.

Réglée à 13 ans, elle n'a jamais été enceinte. Elle nie toute syphilis et prétend n'avoir jamais été arrêtée pour maladie contagieuse depuis quatre ans qu'elle est soumise à une surveillance officielle; elle présente de la vaginite chronique, de la métrite et de l'annéxite double; il y a trois ans, elle a eu une uréthrite avec cystite.

L'affection qui nous occupe a débuté vers le milieu de juin 1904 par du larmoiement de l'œil droit; vers le milieu de juillet la région du sac commença à rougir et il se forma une petite tumeur que le D<sup>r</sup> Vitrac incisa; puis il essaya de pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales. La petite plaie suppura sans avoir de tendance à se fermer. Vers le commencement de septembre, la malade remarqua qu'elle avait une petite croûte au niveau des cils de la paupière inférieure du même côté; cette croûte en tombant, laissa à nu une petite ulcération: la paupière se gonfla, devint dure et l'ulcération s'agrandit en surface et en profondeur; quinze jours après environ, le D<sup>r</sup> Boisseau pratiqua le curettage de cette ulcération.

A son entrée à l'hôpital, le 3 octobre, la malade présente au niveau de la paupière inférieure gauche très épaissie, une ulcération avec perte de substance taillée en biseau aux dépens de la face cutanée. Sur cette face, la perte de substance, à peu près rectangulaire, mesure 12 mm. de large sur 6 de haut; sur la face conjonctivale, 5 de large sur 4 de haut. Au niveau de l'ulcération, la paupière mesure 5 mm. d'épaisseur. Le fond est rougeâtre, bosselé, recouvert d'un pus jaunâtre dilué par les larmes; le bord conjonctival est coupé net; au contraire, le bord cutané est épaissi; la rougeur et l'empâtement se prolongeant jusqu'au sillon orbito-palpébral en dedans et sur une étendue de 4 à 5 mm. en dehors.

Au niveau de la région lacrymale, il existe une autre ulcération, longue de 10 mm. environ sur 4 de large, à extrémités arrondies, légèrement concave et embrassant l'angle interne

dans la concavité ; ses bords sont épais et rouges et elle est recouverte d'une croûte jaunâtre.

Ces ulcérations ne sont pas douloureuses spontanément ; leur palpation l'est un peu ; elles sont élastiques, assez molles.

La conjonctive bulbaire est intacte ; il n'existe qu'un petit ganglion indolore dans la région sous-maxillaire de chaque côté.

Les dents sont mal plantées, irrégulières ; les molaires sont gâtées ; la voûte palatine très ogivale. Il s'est produit un peu de kératite par lagophtalmie sur la portion de cornée mise à jour par la perte de substance palpébrale : cette lésion n'a pas tardé à rétrocéder à mesure que la perte de substance se comblait.

Quelle était la nature de cette lésion ? A première vue on pensait à un chancre de la paupière, mais l'absence d'adéno-pathie ne permettait pas de s'arrêter à cette hypothèse ; il restait alors la tuberculose et la syphilis tertiaire. En faveur de la première, il y avait certains antécédents et le mode de début qui ressemblait à celui d'une dacryocystite bacillaire consécutive à des lésions tuberculeuses du nez. Mais l'examen rhinoscopique, pratiqué par M. Moure, permit de constater l'intégrité des fosses nasales.

Pour trancher la question, nous prescrivîmes un traitement spécifique et sous l'influence du mercure, il se produisit une amélioration rapide. Après quinze jours de traitement, l'ulcération de la région lacrymale est guérie, la paupière inférieure est dégonflée et la perte de substance à peu près comblée.

Il s'agit donc d'une lésion spécifique. Si nous considérons que notre malade a eu plusieurs sœurs ou frères morts en bas âge, qu'elle-même a eu une enfance malade, qu'elle a présenté une kératite interstitielle, nous pouvons nous permettre de poser le diagnostic à peu près certain d'accidents cutanés hérédo-syphilitiques tardifs.

---

## CHAPITRE VI

---

### SYMPTOMATOLOGIE et DIAGNOSTIC

---

Le plus souvent, *le début de l'affection est insidieux*, le malade ne se plaint que d'un peu de lourdeur, d'un peu de gêne dans les mouvements des paupières. Parfois, cependant, surtout si l'évolution prédomine du côté de la conjonctive, les lésions s'accompagnent de *phénomènes inflammatoires*, siégeant sur le bord ciliaire et envahissant très rapidement la presque totalité du voile palpébral.

*La période d'infiltration* nous montre une ou plusieurs tumeurs de volume variable, prédominant soit vers la face conjonctivale, soit vers la face cutanée.

*L'ulcération*, une fois constituée, nous apparaît de forme généralement arrondie ; ses bords sont taillés à pic ; le fond apparaît déchiqueté et recouvert d'une pellicule grise ou jaunâtre ressemblant à des morceaux de filasse.

Quand plusieurs lésions sont voisines, elles se réunissent en formant un groupe dans lequel on trouve des ulcérations inégalement profondes, affectant la *disposition caractéristique en marche d'escalier*.

Cette symptomatologie n'a, somme toute, rien d'absolument caractéristique, et le diagnostic des ulcérations hérédo-syphilitiques des paupières est rendu

encore plus difficile par la quantité de lésions qui peuvent prêter à confusion.

Avant même qu'elle ne soit ulcérée, la gomme de la paupière pourra être confondue avec l'*épithélioma des glandes de Meibonnius* et surtout avec le *Chalazion*. Avec de dernier, elle a beaucoup d'analogie et si l'on n'a pas, ou les commémoratifs d'orgelets à répétition, ou la présence d'autres lésions spécifiques caractéristiques pour orienter le diagnostic, il faudra souvent attendre la suite de l'évolution pour être fixé. Avec l'épithélioma meibonnien, elle présente d'assez grandes ressemblances, d'autant plus que la gomme peut se développer dans le tarse, qui gonfle, qui se déforme sous la poussée syphilitique, comme sous l'influence de l'épithélioma ; le traitement spécifique sera, là encore, la seule pierre de touche.

Dès que l'ulcération est constituée, les signes cliniques sont un peu plus nombreux, mais pas beaucoup plus décisifs, et nous allons voir que le diagnostic différentiel demeure très difficile. Il sera à faire :

1° *Avec le chancre induré.* — Nous ne ferons que signaler en passant ce diagnostic ; il sera, en général, facilité par la connaissance de l'existence d'une tumeur préexistante à l'ulcération. Remarquons, en outre, la présence d'un volumineux ganglion pré-auriculaire, dans le cas d'accident primaire, ganglion toujours absent dans le cas de gomme, tout au moins en l'absence de toute infection secondaire. Le chancre, de plus, paraît avoir une certaine prédilection pour l'angle interne de l'œil, soit que l'accumulation des larmes en ce point produise une irritation favorable

aux inoculations, soit, plus simplement, parce que les contacts digitaux sont plus fréquents à ce niveau; la gomme, elle, est plutôt indifférente. La sérosité qui sourd des lésions est plus abondante dans la gomme. Enfin, un simple examen de cette sérosité à l'ultra-microscope permettra, le plus souvent, de déceler la présence de spirochète et d'affermir le diagnostic de chancre d'inoculation.

.....

2° *Avec l'épithélioma.* — Celui-ci a un rebord sail-  
lant, taillé à pic ou en biseau, un fond sanglant irrégulier ; il creuse en profondeur et en largeur, surtout le long de la marge palpébrale, tend à envahir la conjonctive bulbaire, et par là, s'infiltrer dans l'orbite ; enfin, il est unique. La gomme, au contraire, peut être multiple ; le ramollissement de son contour amène la nécrobiose de presque toute la masse qui la constitue : il ne reste que les bords décollés, frangés, sinueux, déchiquetés par la suppuration qui vient achever la destruction et l'élimination de la néoplasie syphilitique. Enfin, en se groupant, les gommes font des ulcérations d'inégale profondeur.

L'âge sera aussi un élément de diagnostic qui, souvent, suffira pour supprimer toute hésitation.

.....

3° *Avec la tuberculose.* — Plus délicat est le diagnostic de la gomme syphilitique ulcérée et de la tuberculose palpébrale, nous pourrions presque dire de la gomme tuberculeuse, car les deux productions, syphilitique et bacillaire, ont bien des points de contact.

Il peut, en effet, se développer sur la paupière des ulcérations profondes, térébrantes, détruisant parfois très vite une grande partie des téguments et des parties profondes même. ARMAIGNAC a publié une observation de tuberculose de la paupière d'autant plus intéressante que l'affection fut prise pour un épithélioma par tous ceux qui le virent : le malade succomba à une phtysie laryngée et un examen histologique, pratiqué par Sabrazès, montre un processus tuberculeux à évolution nodulaire.

D'autres cas de gommes tuberculeuses furent étudiés, l'un dans le service de VAN DUYSE et HAEMERS, à Gand, attesté par l'inoculation au lapin; un autre présenté par Chevalereau et Chaillous, à la Société d'Ophthalmologie de Paris, en juin 1901.

Ces formes sont relativement rares. Une forme plus fréquente de la tuberculose cutanée palpébrale est le lupus : cette affection atteint souvent les paupières secondairement et consécutivement à un lupus du nez ou de la tempe ; les voies lacrymales, elles aussi, peuvent servir de voie d'invasion ; mais le lupus peut aussi atteindre primitivement les paupières. Mais, dans ce cas, l'histoire de son nodule primitif enchâssé dans la peau, et son aspect de tubercules rougeâtres, transparents, réunis par la suite en une ulcération à bords festonnés, suffit, en général, pour faire le diagnostic.

Les ulcérations tuberculeuses des paupières pourront encore provenir de formes conjonctivales ulcérées secondairement ; mais, en général, on peut dire qu'au début il sera très difficile de distinguer l'infil-

tration syphilitique de l'infiltration tuberculeuse. L'anatomie pathologique, elle-même, à cette époque, ne pourrait nous aider à faire un diagnostic exact, car, dans les deux cas, nous avons affaire à une prolifération cellulaire intense dans le tissu cellulaire sous-cutané. Au moment de l'ulcération, la gomme syphilitique donne issue à un liquide qui n'a ni l'aspect, ni les caractères d'un liquide purulent, par opposition à la gomme tuberculeuse. Il y a, nageant dans ce liquide, des débris caséeux et des filaments ou fragments fibreux dégénérés qui donnent au liquide un aspect tout à fait caractéristique.

Cliniquement, on trouve que la gomme syphilitique arrive plus rapidement que la gomme tuberculeuse à la phase d'ulcération; elle se forme de façon spéciale, par pression; de plus, elle ne reste pas stationnaire; elle s'étend et prend des proportions qui assombrissent le diagnostic. Elle repose sur une base indurée; les tissus palpébraux sont envahis et œdématisés et l'infiltration se prolonge dans toute la paupière, sous forme d'expansions filamenteuses.

L'ulcération des abcès froids, au contraire, se développe beaucoup plus lentement: elle se fait par abcédation de voisinage; elle ne repose pas sur une base indurée; elle est plus limitée et a moins de tendance à l'extension que la gomme syphilitique.

A la période d'état, l'aspect, dans les deux affections, est sensiblement le même: néanmoins, dans la tuberculose, on verra quelquefois de véritables granulations miliaires, plus souvent de petits îlots blanchâtres, caséeux. Ces ulcérations tuberculeuses de la

paupière, comme celles de la langue, ou du pharynx, sont douloureuses, tandis que les désordres syphilitiques sont remarquables par leur indolence.

Ajoutons que l'engorgement ganglionnaire, tardif dans l'épithélioma, inconstant dans les affections syphilitiques tertiaires, est de règle dans les ulcérations tuberculeuses.

La seule méthode de diagnostic infailible sera de recourir aux procédés de laboratoire : recherche des bacilles de Koch dans l'exsudat ou inoculation d'un fragments de l'ulcère sous la peau du cobaye ou dans la chambre intérieure de l'œil du lapin. Nous dirons plus loin ce que nous pensons des réactions relatives à la recherche de la spécificité.

.....  
4° Avec la *sporotrichose*. — La sporotrichose palpébrale ne compte qu'un nombre restreint d'observations, mais il est probable que ce nombre ira croissant à mesure que les caractères cliniques seront précisés, qui éviteront la confusion avec la syphilis et la tuberculose.

C'est surtout la forme sous-cutanée gommeuse décrite par GOUGEROT et BEURMANN, qui arrêtera notre attention. Cliniquement, ce qui pourra éveiller des doutes, c'est l'aspect peu actif des lésions, entourées de tissu sain, pour ainsi dire indifférent. Pas d'épaississement, d'induration jambonnée comme dans la syphilis ; pas de bords violacés, décollés, mordus par la lésion ; pas de grumeaux blanchâtres comme dans la tuberculose.

La présence d'adénopathie et surtout d'un gros cor-

don lymphangitique sera un signe de forte présomption.

Pourtant, les signes cliniques sont tout à fait insuffisants, à ce point que Gougerot a pu dire qu'on doit soupçonner la nature sporotrichosique d'une ulcération, lorsque celle-ci présente un aspect mixte de syphilis et de tuberculose. Les procédés de laboratoire seront, là encore, le moyen de diagnostic le plus sûr : frottis, cultures sur gélose glycosée lactosée, inoculations aux animaux. Eux seuls lèveront tous les doutes et permettront un diagnostic certain, car ici l'emploi du traitement ioduré comme pierre de touche n'est pas possible, en raison de l'action curative égale de ce médicament sur les affections mycosiques comme sur les lésions syphilitiques tertiaires.

.....  
5° *Autres mycoses.* — Les autres mycoses donnent des ulcérations d'un type différent et je n'en parlerai ici qu'afin d'être complet.

Le *favus*, qui atteint parfois les paupières, ne pourra prêter à erreur : son godet classique, sa croûte jaune d'or, son odeur caractéristique, ainsi que la coexistence de lésions du côté du cuir chevelu, le feront rapidement éliminer.

La *blastomycose* donne des placards verruqueux, en choux-fleurs, à bords taillés à pic, dont l'aspect végétant est bien particulier.

Quant à l'*actinomycose*, on constatera, soit dans le pus, soit dans le fond de l'ulcération, la présence des grains jaunes qui lèveront tous les doutes.

.....

A côté de l'examen de la lésion elle-même, et tout aussi important que lui, sinon plus, en l'occurrence, l'examen méthodique de l'organisme entier devra être pratiqué chez le malade et un interrogatoire sérieux devra avoir lieu.

Les parents, d'abord, seront interrogés ; l'aveu de la syphilis ne sera pas obtenu facilement, soit que les malades ignorent l'existence même de leur maladie, soit du fait d'une ignorance simulée dont on n'arrive pas à les départir, même en invoquant l'intérêt de leurs enfants et le leur...

L'aveu est un argument de la plus haute importance ; il demande cependant une interprétation ; un des reproches qui ont été faits à Hutchinson est de ne pas s'être inquiété si la syphilis des parents existait avant ou après le mariage. Il faut éliminer par l'enquête ces contagions qui se font dans l'intervalle des grossesses ; l'exemple en a été vu, au sujet d'un cas d'hérédo-syphilis qui illustre admirablement cette objection : M. le Professeur Rollet rapporte le cas d'une jeune fille de 16 ans, atteinte de gomme de la voûte palatine, de kératite interstitielle et d'endocardite, soignée par M. le Professeur Weill : elle a deux frères aînés, âgés de 20 et 22 ans, en bonne santé ; la mère raconte nettement que son mari a été syphilitique et qu'elle a présenté des accidents secondaires après la naissance des deux premiers enfants. Il faut donc soigneusement discriminer, même après un aveu, et s'entourer des renseignements le plus détaillés possible.

Dans l'interrogatoire des parents, un autre fait, qui

constitue une présomption des plus graves en faveur de la spécificité, c'est la polyléthalité infantile ; la syphilis, cette grande avorteuse, comme l'a appelée Fournier, ne signale parfois son existence que par des avortements en série. Ce renseignement aura une valeur exceptionnelle.

Enfin, la recherche des stigmates d'hérédo-syphilis sera poursuivie de façon minutieuse : la triade d'Hutchinson sera rarement trouvée complète, mais on notera la présence d'un de ses éléments : surdité, kératite, lésions dentaires. L'hydarthrose bilatérale des genoux est, d'après Fournier, un signe fréquent. L'ostéopériostite tibiale, sur laquelle M. le Professeur Rollet a bien insisté dans la thèse de BILLOT, sera également souvent rencontrée.

Dernière ressource, la *réaction de Wassermann* : quelles que puissent être les opinions des auteurs à son sujet, je ne puis mieux faire que de citer des chiffres. Dans des cas de syphilis héréditaire, Demanche et Destre ont trouvé le Wassermann positif 87,5 % dans la syphilis précocce, et 80 % dans les accidents tardifs. Nous tenons donc là un procédé de diagnostic qui a fait ses preuves et qui devra toujours être employé : il sera souvent la clef d'un diagnostic impossible sans lui.

---

## CHAPITRE VII

---

### COMPLICATIONS et PRONOSTIC

---

Les complications des gommés hérédosyphilitiques des paupières sont relativement rares. En outre, des déformations par cicatrices vicieuses et des dommages esthétiques consécutifs, dont nous avons déjà parlé, on peut observer, comme dans l'Observation V, par destruction d'une portion de paupière et formation d'un coloboma, de la lagophtalmie qui peut déterminer de la kératite.

On a signalé encore une vive inflammation secondaire de l'ulcération provoquant une infiltration phlegmoneuse surajoutée des paupières. Sous la même influence, les ganglions engorgés, surtout ceux de la région préauriculaire, peuvent évoluer vers la suppuration. Ajoutons encore que les produits purulents qui stagnent dans le cul-de-sac conjonctival donnent en général naissance à une conjonctivite peu intense.

Dans l'énorme majorité des cas, ces lésions, lorsque le diagnostic de leur nature a été fait, comportent un pronostic bénin : sous l'influence du traitement, la paupière se dégonfle très rapidement, l'ulcération cesse de creuser, son fond bourgeonne et elle

se comble, parfois avec une vitesse étonnante. Il faut cependant se rappeler que certaines lésions ulcéreuses existent, qui ont une marche rapide et détruisent les voiles palpébraux, parfois complètement (Hirschler), causant ainsi des dommages irréparables.

---

## CHAPITRE VIII

---

### TRAITEMENT

---

Le traitement spécifique a ceci de remarquable qu'il est sans danger, même appliqué à tort, pourvu toutefois qu'il soit surveillé et dirigé prudemment. Si l'on se pénètre bien de cette idée et si on réfléchit, d'autre part, aux avantages énormes que tirera le syphilitique vrai de son application précoce, on voit qu'il est dû de voir du médecin de l'employer largement. Non seulement dans les cas nets, mais nous dirons presque, surtout dans les cas douteux, son emploi est indiqué : le médecin fera, en même temps, son diagnostic et guérira son malade; en cas d'erreur, l'inocuité parfaite de cette thérapeutique est l'excuse de cette tentative et le médecin doit toujours s'y rapporter.

Le traitement doit viser : 1° L'accident ; 2° La diathèse. Localement, ce sont surtout des soins de propreté qu'il faudra s'appliquer à remplir ; les sécrétions purulentes de l'ulcère, parfois assez abondantes, sont irritantes et peuvent provoquer des érythèmes cutanés ; on lavera donc doucement la plaie avec des tampons d'ouate imbibés d'eau bouillie ; pour lutter contre les infections secondaires, une pommade au calomel sera toute indiquée ; enfin, s'il existe un peu

d'inflammation conjonctivale, on la traitera par un collyre approprié, au sulfate de zinc, par exemple.

Nous n'insisterons pas sur le traitement général : c'est celui de la syphilis héréditaire. Remarquons cependant qu'en l'occurrence le mercure reprend toute l'importance qu'il avait autrefois et que lui ont ravie les sels d'arsenic en ce qui concerne le traitement des accidents primaires et secondaires. Mais l'arme la plus puissante qui soit en la matière à la disposition du médecin, c'est l'iodure de potassium ; il ne faut pas craindre les doses élevées : des enfants de 14 ans ont pu, sans inconvénients, prendre des doses quotidiennes de 4 grammes ; il faut seulement veiller à la pureté du produit ; l'index de saturation de l'organisme sera fourni par l'apparition du coryza et de l'acné. Augagneur a bien insisté sur la nécessité des doses massives et attribue les insuccès de la méthode à la timidité avec laquelle les médecins manient, en général, ce médicament.

Enfin, secondairement, le chirurgien aura parfois à intervenir pour corriger certains ectropions ou certaines déformations justiciables de redressement ou d'autoplastie.



## CONCLUSIONS

---

I. — On peut observer, chez l'enfant ou l'adolescent, des lésions ulcéreuses intéressant les paupières et qui relèvent de la syphilis héréditaire tardive.

Ces lésions sont d'observation rare, mais nous pouvons cependant en rapporter deux cas observés dans le service de M. le Professeur Rollet.

II. — Ces lésions palpébrales se présentent sous l'aspect d'ulcérations profondes, de forme polycyclique ; les bords en sont taillés à pic, le fond déchiqueté et recouvert de croûtes jaunâtres ; elles reposent sur une base indurée et la peau du voisinage affecte parfois une couleur jambonnée ; elles ne s'accompagnent pas de réaction ganglionnaire et sont généralement indolores.

III. — Le diagnostic sera facile avec le chancre syphilitique palpébral et les tumeurs malignes, plus délicat avec la tuberculose et la sporotrichose.

Dans la tuberculose, on notera la forme moins régulière de l'ulcération, les bords décollés, une sécrétion plus franchement purulente ; les lésions bacillaires s'accompagnent toujours d'adénopathie et elles sont douloureuses.

Dans la sporotrichose, les lésions sont plus sèches, au milieu d'une peau non modifiée ; leur évolution est

plus lente ; la présence d'un gros cordon lymphangitique sera un signe de quasi-certitude.

En dernier ressort, le laboratoire devra toujours intervenir pour trancher le diagnostic.

IV. — Le pronostic de ces lésions est bénin ; toutefois, il s'agit de lésions ulcéreuses tertiaires, c'est-à-dire destructives, et si le traitement n'est pas appliqué de bonne heure, il persiste cicatrices et mutilations palpébrales.

V. — La médication antisypilitique a son indication formelle et la guérison est rapide.

Nous faisons remarquer que l'iodure de potassium, employé seul et à la dose de trois à quatre grammes, amène rapidement la cicatrisation de l'ulcération palpébrale.

VU :  
*Le Doyen,*  
JEAN LEPINE.

*Le Président de la Thèse,*  
ETIENNE ROLLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Lyon, le 8 Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
J. CAVALIER.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- ABADIE. — Des manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaire. *Bulletin de la Société Française d'Ophthalmologie*, 1884.
- ALEXANDER. — Syphilis und Auge. *Th. Wiesbaden* 1889.
- ARMAIGNAC. — Tuberculose primitive de la paupière et de la caroncule suivie d'une tuberculose pulmonaire et laryngée. *Annales d'Oculistique* 1897.
- AUGAGNEUR. — Etude sur la syphilis héréditaire tardive. *Thèse Lyon* 1879.
- BAB. — Contribution à la genèse des affections oculaires de la syphilis héréditaire. *Deutsche Medic. Woch.* 1906.
- BARBAR. — Formes rares d'affections syphilitiques. *Thèse Zurich* 1873.
- BILLOT. — Kératite interstitielle et syphilis osseuse. *Thèse Lyon* 1921.
- BLARY. — Contribution à l'étude des gommes syphilitiques des paupières. *Thèse Lyon* 1897.
- BOURDIER. — Sporotrichose expérimentale. *Archives d'Ophthalmologie*. 1912.
- CABANNES et CH. LAFON. — Ulcérations hérédo-syphilitiques de la paupière inférieure. *Société d'Anatomie de Bordeaux*, octobre 1904.
- CHABOUD. — *Thèse Paris* 1875.
- DANLOS et BLANC. — Un cas de sporotrichose palpérale. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 décembre 1907.
- DE BEURMANN et GOUGEROT. — Les sporotrichoses. *Paris, Alcan*, 1912.
- DE LAPERSONNE. — Blépharite ulcéro gommeuse. *Bulletin Médical du Nord, Lille* 1889.
- Gomme de l'angle interne de l'œil. *Ibidem*.

- DEVERGIE. — Clinique de la maladie syphilitique. *Paris* 1826.
- DIDAY. — La pratique des maladies vénériennes. *Paris* 1890.
- DOUVIER. — La tuberculose palpérale. *Thèse, Lyon* 1903.
- ETIENNE et GANZINOTTI. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* 1894.
- FLEISCHER. — Sur les résultats de la réaction de Wassermann dans les affections oculaires. *Klin. Monat für. Aug.* 1910, page 230.
- FONTAINE. — *Thèse, Paris* 1872.
- FOURNIER A. — Syphilis héréditaire tardive. *Paris* 1886.  
Traité de la syphilis, *Paris* 1901.
- FOURNIER ED. — Stigmates dystrophiques de l'hérido-syphilis. *Paris Maloine* 1921.
- GALEZOWSKI. — Recueil d'ophtalmologie 1893. De la syphilis héréditaire oculaire. *Annales d'oculistique*, 1895.
- HAEMERS. — Note sur un cas de tuberculose de la conjonctive. *Annales de la Société de Médecine de Gand* 1900.
- HEINRICH VON VOGEL. — Uber Perichondritis des Tarsels knorpels. *Thèse, Bonn* 1873.
- HÉRARD. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* 1865.
- IGERSHEIMER. — De l'importance étiologique de la syphilis et de la tuberculose dans les maladies oculaires. *Arch. für Ophth.* 1910.
- LAGRANGE. — Tumeurs des paupières. *Encycl. franc d'Ophthal.* Tome V. Maladie des paupières. *Ibidem*.
- LANUREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis. *Paris* 1874.
- LOHÉAC. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1897.
- LONGIN. — Les hybrides de syphilis et de lupus. *Thèse, Paris* 1904.
- MACKENZIE. — Pracktische Abhandlungen uber die Krankheiten des Auges, 1832. Traité des maladies de l'œil, 1856.
- MANSION. — Syphilis et tuberculose. *Thèse, Nancy* 1900.
- MASSALOUX-LAMONNERIE. — Des manifestations oculaires de la syphilis tertiaire. *Thèse, Paris* 1883.
- MOOREN. — Ophtalmiatische Beobachtungen Krankheiten der Hornhaut und der Sclera. *Berlin* 1867.
- MORAX. — La sporotrichose oculaire. *Annales d'oculist.* 1902.

MORAX et CARLOTTI. — Sporotrichose palpérale. *Annales d'oculist.* 1908.

MOURADIAN. — De la valeur pratique de la réaction de Wassermann en ophtalmologie. *Annales d'oculist.* 1912.

RICORD. — Traité complet des maladies vénériennes. *Paris* 1890.

J. ROLLET. — Gomme syphilitique. *Dictionnaire de médecine, Tome IX.*

E. ROLLET. — Tuberculose tarsienne. *Société française d'Ophtalm.* 1905.

E. ROLLET et GENET. — Gomme cutanée palpérale syphilitique héréditaire. *Société d'Ophtalm. de Lyon, juin* 1913.

SANGUINET. — Etude sur la syphilis héréditaire de l'œil. *Th. Paris* 1889.

STOJANESKO. — Diagnostic entre les abcès froids et les gommes syphilitiques. *Thèse, Paris* 1880.

TOULANT. — Essai sur la sporotrichose oculaire. *Thèse, Paris* 1913.

ZEISSL. — Die durch Syphilis hervorgerufenen Krankheiten des Auges, 1832.

---





